

ней, применять либо активную хирургическую тактику, либо консервативную терапию и наблюдение.

При этом нужно отметить, что применение метода Кульбака для дифференциальной диагностики злокачественной и доброкачественной узловой тиреоидной патологии и разработанной нами лечебной тактики в практике является научно обоснованным. Применение метода не связано с какими-либо техническими сложностями. Напротив, имея под рукой таблицы со значениями ДК для каждого информативного признака и располагая значимыми диапазонами для принятия решений ($ДК \leq -13$ и $ДК \geq +13$), врач-хирург может опираться на предложенный метод и тем самым улучшить качество лечения данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров П.Ю. Раннее активное выявление и хирургическое лечение больных с узловым зобом / Ю.К. Александров. – М., 2003. – 73 с.
2. Амирова Н.М. Тактика и объем операции у больных с узловыми образованиями щитовидной железы. – Саратов, 1996. – 32 с.
3. Бронштейн М.И. Критерии цитологической диагностики различных заболеваний щитовидной железы // Новости клинической цитологии России. – М., 1998. – Т. 3-4. – С. 112–116.
4. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы: Рук. Е.А. Валдина. – СПб.: Питер, 2006. – 368 с.: ил.
5. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавание патологических процессов с применением непараметрических критериев статистики. – М.: Медицина, 1978. – 296 с.
6. Романчишен А.Ф. Клиническое обоснование показаний к оперативному лечению заболеваний щитовидной железы // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1994. – Т. 152, № 1/2. – С. 3–6.
7. Цыб А.Ф., Паршин В.С., Нестайко Г.В., Ямашита С. и др. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы. – М.: Медицина. – 1997. – 332 с.
8. Шапиро И.А., Каменева Т.Н. Цитологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. – М.: Репроцентр, 2003. – 172 с.
9. Шестериков А.С., Тимофеева Н.И. Фолликулярная опухоль // Сборник трудов Российской научной конференции с международным участием, посвященной 75-летию проф. Симбирцева С.А. – Санкт-Петербург, 2004. – С. 156–159.
10. Шипуло М.Г. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике: Высш. шк., 1995. – Кн. 1. – 238 с.: ил.
11. Юшков П.В., Воскобойников В.В. Клинико-морфологическая характеристика аденоматоза щитовидной железы // Архив патологии. – Т. 65, № 3. – С. 10–13.

УДК 681.3

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ РОЖИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЛЕЧЕНИЯ

© Белова Е.А., Титарева Л.В., Лищук Н.Г., Дворникова Н.Н.

Кафедра инфекционных болезней Курского государственного медицинского университета

В исследование включено 365 больных рожей с различными вариантами лечения в остром периоде заболевания. С целью регистрации рецидивов все пациенты наблюдались в течение трех последующих лет. Наилучшие результаты профилактики рецидивов рожи получены при комбинации антибактериальных средств с иммуномодуляторами.

Ключевые слова: рожа, антибиотикотерапия, иммуномодуляторы, профилактика рецидивов.

PROPHYLAXIS OF ERYSIPELAS RELAPSES IN TREATMENT ALTERNATIVES

Belova E.A., Titareva L.V., Lischuk N.G., Dvornikova N.N.

The Department of Infectious Diseases of the Kursk State Medical University

The research included 365 patients with erysipelas, which had undergone treatment alternatives in acute period of disease. In order to register the relapses all patients were being observed within three subsequent years. The best results of erysipelas relapses prophylaxis were received in combination of antibiotics with immunomodulators.

Key words: erysipelas, antibiotic therapy, immunomodulators, relapse prophylaxis.

В современной структуре инфекционной патологии рожа занимает по распространенности 4-е место после острых респираторных и кишечных инфекций, вирусных гепатитов. Частота рецидивов при данном инфекционно-аллергическом заболевании остается высокой и, по данным разных авторов, варьирует от 25% до 50% [1, 4]. Проблема усугубляется тем, что более половины больных в настоящее время лечатся на дому и количество рецидивов у таких пациентов выше [1].

Традиционно страдающим рецидивирующей рожей рекомендуется бициллинопрофилактика. При наличии сезонности в возникновении заболевания ее начинают за месяц до начала неблагоприятного сезона и ежемесячно вводят по 1,5 млн ЕД Бициллина-5 в течение 3-4 месяцев. Больным с частыми рецидивами рожи, не связанными с сезоном, показана непрерывная (круглогодичная) бициллинопрофилактика. Бициллин-5 вводят на протяжении 2-3 лет [4, 6].

Известно, что основными причинами рецидивов рожи является неполноценное лечение ее в остром периоде и перерывы во введении Бициллина-5. Антибиотики нередко назначаются короткими курсами или в малых суточных и разовых дозах, то есть они не подавляют очаги хронической инфекции в коже и регионарных лимфатических узлах, а отно-

сительно невысокая концентрация антибиотика в крови больных обеспечивает лишь подавление вновь внедрившихся стрептококков. Профилактическое введение Бициллина эффективно, по данным многих авторов, лишь после полноценной терапии с применением патогенетических средств, в том числе иммуномодуляторов [2, 3, 5].

Целью наших исследований явилась сравнительная оценка влияния различных вариантов лечения рожи на частоту возникновения рецидивов при данном заболевании.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ заболеваемости первичной и рецидивирующей рожей за пять лет в г. Курске. В областной клинической инфекционной больнице и четырех поликлиниках г. Курска нами были отобраны семь групп больных, сопоставимых по полу, возрасту и клиническим формам рожи. Всего обследовано 365 пациентов, большинство из которых составили женщины – 230 (63%). Как среди мужчин, так и среди женщин преобладали лица в возрасте от 50 до 70 лет – 303 (83%) с локализацией местного очага на нижних конечностях. В основном имели место эритематозная и эритематозно-буллезная формы ро-

жи. Более чем у половины обследованных заболевание протекало в среднетяжелой форме, а в анамнезе имелись частые ангины, хронический тонзиллит. Критериями исключения при отборе больных для обследования являлись: злокачественные опухоли, сахарный диабет, цирроз печени, заболевания крови, трофическая язва голени.

1-я группа обследованных (n=50) получала общепринятое лечение (пенициллин внутримышечно по 1,5 млн. ЕД четыре раза в сутки, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, витаминную терапию).

2-й группе обследованных (n=53) на фоне тех же дезинтоксикационных, десенсибилизирующих и витаминных средств вместо традиционного пенициллина назначался клеримед, содержащий 250 мг кларитромицина, производства МЕДОКЕМИ ЛТД (Лимассол – Кипр) по 1 таблетке (250 мг) два раза в сутки в течение 5 - 7 дней.

3-я группа обследованных (n=53) на фоне общепринятого лечения принимала полиферментный препарат «Вобэнзим» производства Mucos Pharma (Германия) по 3 драже три раза в сутки в первые три дня исследования, далее по 5 драже три раза в сутки в течение двух недель.

4-я группе обследованных (n=51) на фоне традиционной терапии через три дня после нормализации температуры назначался полусинтетический гликопептид «Ликопид» про-

изводства ЗАО «Пептек» (Москва) по 2 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Пациенты 5-й группы (n=53) на фоне общепринятой терапии получали циклоферон производства «Полисан» (СПб) внутримышечно по 4 мл по схеме: 1, 2, 4, 6, 8, 11 и 14 сутки.

Больным 6-й группы (n=52) и 7-й группы (n=53) вместо пенициллина назначался цефазолин по 1 г два раза в сутки внутримышечно в течение 7 дней также на фоне дезинтоксикационных, десенсибилизирующих и витаминных средств. При этом пациентам 6-й группы вводился Бициллин-5 при выписке в дозе 1,5 млн. ЕД внутримышечно ежемесячно в течение 4-5 месяцев, а больным 7-й группы – циклоферон внутримышечно по 4 мл по схеме: 1, 2, 4, 6, 8, 11 и 14 сутки.

Следует особо отметить, что в день выписки обследованным всех групп вводился Бициллин-5 1,5 млн. ЕД внутримышечно однократно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Число рецидивов у большинства обследованных зарегистрировано на 1-м и 2-м году (табл. 1). У пациентов с курсом бициллинопрофилактики (группа № 6) рецидивы наступали значительно реже. А при назначении иммуномодуляторов (группы № 3, 4, 5, 7) они

Таблица 1

Частота рецидивирования рожи при различных вариантах лечения

№	Группы больных, получавших:	Количество больных	Количество больных с рецидивами по годам наблюдения			
			Первый год	Второй год	Третий год	Всего
1	Пенициллин	50	5 (10%)	5 (10%)	2 (4%)	12 (24%)
2	Кларитромицин	53	1 (1,88%)	4 (7,55%)	1 (1,88%)	6 (11,32%)
3	Пенициллин + Вобэнзим	53	–	2 (3,77%)	2 (3,77%)	4 (7,54%)
4	Пенициллин + Ликопид	51	–	2 (3,92%)	1 (1,96%)	3 (5,88%)
5	Пенициллин + Циклоферон	53	1 (1,88%)	1 (1,88%)	1 (1,88%)	3 (5,66%)
6	Цефазолин + Бициллин-5	52	2 (3,84%)	2 (3,84%)	1 (1,92%)	5 (9,61%)
7	Цефазолин + Циклоферон	53	–	1 (1,88%)	2 (3,77%)	3 (5,66%)

Примечание. Больные всех групп получали одинаковую дезинтоксикационную, десенсибилизирующую и витаминную терапию.